

بیماری قندکودکان

* دکتر محسن ضیائی

مجله علمی نظام پزشکی
شماره ۶، صفحه ۴۷۷-۴۷۶، ۱۳۶۹

بنابراین تنها یک تشخیص اساسی و محتمل باقی مانده بود یعنی اغمای دیابتی. از خون و ادرار طفل امتحان بعمل آمد و معلوم شد که این بیمار ۶ هفته‌ای مبتلا به اغمای دیابتی است.

شرح حال دوم مر بوط به نوزاد نارسی بود که در آنکو با تور بسرمیرد و سرپرستار بسیار باهوش و با تجریب بخش متوجه شده بود که گرچه آسیستانها مرتباً به او سرم تزریق میکنند ولی دزهیدراتاسیون او را به ازدیاد میرود. بنابراین از پیش خود ادرار طفل را برای آزمایش به آزمایشگاه فرستاده بود و حوابش از لحاظ وجود قند مثبت آمد و این طفل نارس چند روزه مبتلا به اختلالی بود که امروز ما آنرا بعنوان بیماری قند نوزادان یعنی یک بیماری موقتی وغلب زود گذر میشناسیم.

بنابراین تشخیص بیماری قندکودکان در ابتدا ممکنست بسیار دشوار باشد. و چه بسا که در دوره پر دیابتیک، طفلی که در آینده مالاً مبتلا به دیابت خواهد شد، بظاهر عوارضی نداشته باشد. این طفل شاید در موقع بروز عفونت‌ها قدری گلیکوزوری نشان بدهد. حتی یک قدری آستون در ادارش پیدا بشود و قندخونش بالا برود. چه بسا که چنین طفلی حتی سالیان دراز قبل از بروز بیماری دیابت یک حمله هیپوگلیسمی پیدا کند و این حمله هیپوگلیسمی بدون دلیل که گاهی با تنفس همراه است بایستی مارا بیاد بیماری قند که احیاناً در آینده بس راغ طفل خواهد آمد بیندازد.

بیماری قند در کودکان بردو نوع است و این دو باهم تفاوت‌های فراوان دارد. در نوع معمولی بیماری قند حساسیت نسبت به انسولین زیاد است، اغمای دیابتیک شایع و جواب دادن به داروهای سولفانیل اوره قلیل و پیش آگاهی بیماری و خیم است، درحالیکه در نوع شبیه به بیماری بزرگسالان معمولاً طفل یک قدری فربه است. در افراد اخیر نسبتاً حساسیت به انسولین کمتر است، به داروهای

مطلوب گفتنی درباره بیماری قندکودکان بسیار است و در اینجا اجباراً به ذکر پاره‌ای از آنها قناعت کرده از تکرار مطالعه در مورد بیوشیمی انسولین، اختلالاتی که از کمبود آن ناشی میشود، درمان روزمره بیماری قند، پاتوژنی اغمای دیابتیک و وراثت در بیماری قند، خودداری خواهیم کرد.

وقتی پزشک بایک طفل مبتلا به بیماری قند روبرو است چند مطلب را باید مورد توجه قرار دهد. اولاً بیماری قند در خردسالان بیماری متفاوتی است. ثانیاً طفل موجودی است در حوال رشد و بنابراین احتیاجات بدنش ایشان را با خواسته‌ای بالغ اختلافاتی خواهد داشت. و از همه اینها مهمتر اینکه طفل از لحاظ روحی و فکری با شخص بالغ تفاوت‌های فراوانی دارد و این خصوصیات بایستی حق‌ماً مدقّل باشد.

در ابتدا شاید جایز باشد که یکی دو شرح حال خیلی مختصر را ذکر کنم. بیمار اول بیماری است که چند سال قبل در بیمارستان نمازی شیراز بستری بود و از عمرش فقط شش هفته میگذشت، عمل مراجعه تنگی نفس و تشخیص طبیب بیمار برونوک-پنومونی بود. در امتحانات، از این عارضه اثری در طفل مشاهده نگردید. در عوض، تنفس اسیدوتیک طفل اولین فکری را که بخطاطر مآورد یک دزیدراتاسیون ناشی از اسهال بود، ولی چنین سابقه‌ای وجود نداشت و بیمار تا آن روز صبح حالت خوب بود.

مطلوب دوم، اسیدوز در اثر مصرف آسپرین و سالیسیلات‌ها بود که این نیز در پیش کودکان شیوع دارد و همیشه بایستی ازدادن مقدار زیادی داروهای سالیسیلات به خردسالان خودداری کرد. این نوع مسمومیت عارضه بسیار جالبی است و چه بسا که با اغمای دیابتی ممکن است اشتباه بشود. ولی بیمار ما از دفعکده‌ای پیش از آمده بود و تا آن روز باطبیب دارو سروکاری نداشت.

* مرکز طبی کودکان.

مدت گرچه ممکن است احتیاج به انسولین خیلی قلیل باشد ولی صلاح در این است که انسولین ولو بمقدار بسیار کم تجویز گردد، زیرا از لحاظ روحی، بیمار و فامیلش برای درمان آینده آماده‌تر می‌گردند.

درمان ایده‌آل این نیست که در ادرار بیمار قند دیده نشود، بلکه این خود یک حالت بسیار خطرناکی است. چنانچه قند ادرار بیمار معمولاً بین ۱ تا ۲ به اضافه قبل از خوردن غذا باشد درمان رضایت‌بخش است و این مقدار قند گاهگاه نوساناتی بین صفر و ۴ به اضافه هم خواهد داشت. چنین نوساناتی مستلزم این نخواهد بود که هر روز مقدار انسولین بیمار را تغییر بدheim بلکه باید منحنی‌های ازشد بیمار یعنی ازقد و وزن او، از مقدار ادراری که در شباهه روز تر شرح می‌کند و مقدار قند ادرارش داشته باشیم و از مجموعه اینها استنباط کنیم که آیا مقدار انسولین طفل باید کاهش پیدا کند یا اضافه شود.

مطلوب مهمتر این است که کودکان دیابتی که در حالت نورمو گلیسمی هستند، یعنی قند خونشان طبیعی است، احساس سلامت کامل نمی‌کنند. بعبارت دیگر فقط توجه به قند خون برای تعیین میزان کنترل کافی نیست. شاید وقتی که قند خون در طفل دیابتی طبیعی است در داخل سلو لها یک کمبود نسبی قند وجود داشته باشد، و بنابراین یک مقدار از دیاباد قند خون طفل دیابتی نه تنها مضر نیست بلکه ممکن است بسیار نافع هم باشد.

مسئله دیگر ورزش است. برخلاف بزرگسالان که مقدار فعالیتشان تا اندازه‌ای قابل پیش‌بینی است در خردسالان ورزش تا اندازه‌ای غیرقابل پیش‌بینی می‌باشد و بخصوص در قصول مختلف ممکن است تغییر پیدا بکند، لذا به این امر هم حتماً باید توجه بشود.

همیشه این سؤال پیش می‌آید که آیا به طفل دیابتی باید رژیم بسیار سختی دادیا یکه اورا آزاد گذاشت که هرچه دلش می‌خواهد بخورد. بحث‌های مختلفی در این باره وجود دارد و در هر دو طرف این بحث افراد بر جسته قرار گرفته‌اند. اینطور بمنظور می‌آید که رژیم خیلی سخت در پیش‌بینی بیماری قند لااقل در خردسالان تفاوت خیلی زیادی نمی‌کند. یعنی آنها یکه تمام غذایشان وزن می‌شود و بادقت فر اوان استعمال غذارا باورزش و مقدار انسولین تطبیق می‌کنند و آنها یکه نسبتاً کنترل مناسبی داشته‌اند از لحاظ بروز عاقب و خیم بیماری قند تفاوت خیلی زیادی وجود ندارد. بنابراین بظاهر می‌آید که اکثر عاقب بیماری قند خردسالان جزء لایتجزای بیماری است و خیلی مربوط به درمان نمی‌باشد. بنابراین بخصوص در مملکت ما که تنظیم غذایی اختصاصی بادر نظر گرفتن وضع خانوادگی اکثر افراد اجتماع کار بسیار

سولفانیل اوره جواب میدهدن و اغماء دیابتی در آن خیلی کمتر دیده می‌شود. عموماً چنین افرادی از نوع دوم پس از کاهش مقداری از وزن بدن ممکن است حتی منحنی تحمل گلوکزشان بحال عادی بر گردد. انواع مختلف دیگر بیماریهای مشابه در کودکان نیز دیده می‌شود که ما فلاً از ذکر آنها خودداری می‌کنیم. در تشخیص ابتدائی حتماً باید نکاتی در نظر گرفته شود. شاید تذکر یکی دو مطلب عمده لازم باشد. فرد مبتلا به گلیکوزوری حتی اگر در حال اغماء باشد، حتماً دچار بیماری قند نیست و اشتباه در تمیز بعضی موارد گمراه کننده ممکنست به قیمت جان بیمار تمام شود. از ذمہ این بیماریها مسمومیت بوسیله سرب است، چون این مسمومیت در کودکان تولید اغماء گلیکوزوری (در اثر صدمه به لوله‌های کلیوی) می‌کند و افراد مشکوک به اغماء یا بیماری دیابت حتماً باید قند خونشان مورد امتحان قرار بگیرد تا تشخیص‌های دیگر رد شود. وجود سالیسیلاتها در ادرار به همین ترتیب ممکن است گمراه کننده باشد، زیرا این نوع مسمومیت خود نیز یکی از علل پیدایش اغماء است. در موارد مشکوک تست تحمل گلوکز بما کمک فراوان خواهد کرد و این منحنی تحمل مؤید تشخیص خواهد بود. درمان اغماء که قبلاً بحث شده بطور خلاصه یک درمان اورژانس است، زیرا جان بیمار در خطر می‌باشد. بیمار معمولاً در حالت شوک و اختلالات بسیار عمیق و شدید الکترولیتی است. چنین افرادی به گفته بعضی از بزرگان طب و قرنی که در بخش بیمارستان زنده بستری می‌شوند بایستی زنده هم از بخش بیرون روند، یعنی البته در این موارد باید همکاری گروهی بصورت کامل فراهم باشد. لیکن متأسفانه آماری که از سراسر دنیا جمع آوری شده خلاف این گفته را ثابت می‌کند. مرگ بیمار غایل بعلت غفلت اطباء در تشخیص به موقع و درمان صحیح بیماری است. ما در بحث امروز از ذکر جزئیات درمان اغماء دیابتی خود داری می‌کنیم. مسئله اساسی تر درمان طولانی بیماری قند است و باید به نکات زیر توجه داشت:

اول اینکه احتياجات طفل به انسولین بعلت رشد همواره در حال تغییر خواهد بود.

دوم اینکه معمولاً در بیماری قند کودکان شدت کمبود انسولین بقدرتی زیاد است که هیچ درمانی جزدادن انسولین کافی نیست، یعنی اطفال مبتلا به دیابت باید حتماً با انسولین معالجه شوند. اشتباهی که گاهگاه پیش می‌آید این است که در ابتدای بروز بیماری قند در کودکان چون بظاهر حال طفل روبره بهبود میرود و احتياجاتش به انسولین در مدت ۴ تا ۸ هفته قلیل می‌گردد، ممکنست پزشک تصور کند که خود بخود بهبود یافته یا اصلاح تشخیص بیماری غلط بوده است. البته بتدریج احتیاج به انسولین رو به ازدیاد خواهد رفت و در این

و مسأله صورت دیگری میگیرد. آنچه که گفته شد مر بوط بدرامن بصورت ایده‌آل است و مهمترین عامل در تعیین تصمیمات ما و فلسفه‌ای که درباره درمان بیماران نمان اتخاذ میکنیم همانا تفکر و تعقل است و جزئیات درمان بستگی به شرایط محیطی خاص افراد مورد حمایتعان خواهد داشت.

گفتنی‌ها درباره این بیماری خیلی زیاد است. یکی از نکاتی که باید مد نظر باشد رآکسیون سوموجی است که خیلی از پیشکان را ممکن است گمراه بکند، یعنی طفلی که بیش از اندازه به انسولین تزریق شده باشد هیپو گلیسمی پیدا میکند و در تعقیب آن هیپر گلیسمی واحیاناً گلیکوزوری، عطش زیاد و حتی پولیوری ممکنست بروز کند. چنانچه طبیب منحصراً بهادرار بیمار یافتد خون او در این مدت توجه کند ممکن است گمراه گشته تصور کند که بطفل بداندازه کافی انسولین تزریق شده و این درست برعکس آن است که وقوع پیدا کرده. بعبارت دیگر در حقیقت مقدار انسولین زیاد بوده و اینها پدیده‌هایی است که در اثر تزریق بیش از حد معمول پیدا شده است. بنابراین در موارد تردید، لازم خواهد بود که قند خون بیمار تعیین گردد و مقدار بیکربنات خون اندازه گیری شود. اگر بیمار مبتلا به ستواسیدوز باشد حتماً خونش غیر طبیعی است، در حالیکه در رآکسیون سوموجی این ارقام طبیعی خواهد بود. همه اطفالی که مبتلا به دیابت هستند بایستی بار آکسیون‌های هیپو گلیسمی و خطرات احتمالی آن آشناشی پیدا کنند. این رآکسیون‌ها گاهی‌گاه وحشتناکند و ممکنست منجر به مرگ یا لاقل صدمات بسیار زیادی به مغز شوند. طفل دیابتیک همواره باید مقداری قند یا آبنبات و نظائر اینها در جیش داشته باشد. در ممالک مغرب زمین گاهی فامیل بیمار آمپولهای یک میلیگرمی گلوکو گان را در یخچال منزل نگهدارند و اگر رآکسیون‌های هیپو گلیسمی شدید بروز کند خودشان آنرا تزریق میکنند. برای کودکان خردسال نهم میلیگرم و بزرگترها یک میلیگرم کافیست. و این تدبیر عاقلانه‌ایست زیرا اگر اغمای هیپو گلیسمی خیلی شدید باشد ادن قند منحصراً کافی نخواهد بود و طفل قادر بخوردن این قند نیست.

چنانچه تردیدی درمورد وجود هیپو گلیسمی وجود داشته باشد، به بیمار مبتلا به دیابت یا هر شخص دیگری که درحال اغماء دیده شود مشکلاتی در تشخیص علت آن موجود باشد حتماً باید، حتى قبل از بذست آمدن نتیجه آزمایشها و بالا فاصله به اوسر گلوکزه غلیظ داخل وریدی تزریق بشود. چنانچه بیمار مبتلا به هیپو گلیسمی نباشد این درمان برایش ضرری نخواهد داشت، در حالیکه اگر علت اغماء هیپو گلیسمی باشد از خطراتی که بدان اشاره گردید

دشواری است، میتوان از تجویز چنین رژیمهای خودداری کرد. البته باید بطفل و خانواده او تذکر داد که از خوردن غذاهایی که چریهای حیوانی در آن زیاد است و موادی که خیلی شرین هستند پرهیز شود.

عمده‌تر از آنچه که درباره درمان گفته شد، تعلم خانواده و طفل راجع به خود بیماری است که احتمالاً با مشکلات بسیاری مواجه خواهد بود. آیا باید برای خانواده بیمار پیش آگهی بیماری و جزئیاتش را شرح داد و یا این مطالب را از آنها پوشیده نگهداشت؟ آیا باید طفل در درمان بیماری خود سهیم و شریک باشد؟ وقتی که طفل بسن بلوغ میرسد بالوچه باید کرد؟ آیا متخصص اطفال درمان را ادامه دهد و یا اینکه مواظبت بیمار را به پیشکان دیگر بسپارد؟

درمورد سهیم کردن خود طفل، اطباء توافق دارند که طفل تقریباً نه ساله میتواند سهم کوچکی در درمان خود داشته باشد، یعنی لاقل امتحان ادراش را تحت کنترل بزرگسالان انجام داده به این وسیله احساس مسئولیت کند. با افزایش سن، تزریق انسولین را هم خود میتواند انجام دهد. معمولاً بین ۱۳ تا ۱۶ سالگی تزریق انسولین را بخود طفل واگذار میکنیم ولی به طفلی که سنش از ۱۳ یا ۱۶ سال کمتر باشد نمیتوان اطمینان کامل داشت که فرد مسئولی باشد و از بیماری خود و خامت امر آگاهی کافی داشته باشد.

با ورود بسن بلوغ دوره متلاطم و طوفانی آغاز میگردد و در این هنگام است که حذاقت پیشک نتش بسیار مهمی را ایفا خواهد کرد. در این سن بیمار احساس نگرانی میکند که شاید اطرافیان اورا بخوبی قبول نکنند، در ازدواج موفق نشود، شاید در تحصیل شکست بخورد و یا در زندگی اجتماعی و پیدا کردن کار وغیره اشکالاتی برایش پیش بیاید، چنانکه واقعاً هم این احتمالات وجود دارد. اطلاعات طبیب درباره روحیه یک فرد درحال بلوغ، برای راهنمایی‌های لازم، امریست حیاتی. واما اینکه تاچه موقعی طبیب اطفال باید از این بیماران نگهداری کند بنظر این جانب همکاری طبیب اطفال و طبیب داخلی یا طبیب عمومی موقعیکه طفل بسن بلوغ تزریق میشود بسیار لازم است. برخی از مرکز پیشکی کلینیک هایی برای بیماران مبتلا به بیماری قند دارند که در آن طبیب اطفال و طبیب عمومی یا طبیب داخلی باهم این مشکلات را حل میکنند و بیمار را می‌بینند. در ظرف چند سال که بیمار با طبیب دو مش آشناشی پیدا کرد، انتقال او به درمانگاه بزرگسالان انجام میشود. البته در مملکت ما این مسائل مطرح نیست و عده‌ای از بیماران در مناطقی زندگی میکنند که اصلاً طبیبی وجود ندارد

درروی شکم و بخصوص تزریق در قسمت های عمیق تحت جلدی باعث جلو گیری از این عارضه خواهد شد، پیش آگهی لیپو دیستروفی گرچه بد نیست ولی از لحاظ زیبائی اندام اکثر آن راحتی هایی برای بیمار بوجود می آورد.

جلو گیری خواهد شد. بنابراین هیبو گلیسمی از موارد اورژانس طب اطفال بشمار می رود.
بالاخره شاید تذکر یک مطلب دیگرهم از لحاظ عملی مفید واقع شود و آن لیپو دیستروفی است. این را ما در اثر تزریق انسولین اکثر آ مشاهده می کنیم. تعویض محل تزریق، تزریق گاه بگاه

REFERENCES

- 1- Ziai Mohsen, Janeway, Charles A., and Cooke, Robert E. Editors, Pediatrics PP. 135-140, Little, Brown Co. Boshon, 1969.
- 2- Gardner Lytt, I. Editor, Endocrine and Genetic Diseases of Childhood, PP. 808-823, Saunders Co. Philadelphia, 1969.
- 3- Pickens, J.M. Burkeholder J.N. and Womack W N. Oral Glucose Tolerance Test in Normal Children. Diabetes, 16 : 11, 1967.
- 4- Larsson, Y. Sterky, J., and Christianson, G.: Long Term Prognosis in Diabetes Mellitus Acta Paediat. 51: Suppl. 130, 1962.
- 5- Samogyi, M. : Exacerbation of Diabetes by Excess Insulin Action, Am. J. Med, 26: 169, 1959.